

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

Année 1919

THÈSE

N°

6

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Le Docteur Lucien DEMARGNE

---

DU TRAITEMENT

DE LA

POLYPOSE RECTO-SIGMOÏDE

PAR LES

PANSEMENTS LOCAUX AU CHLORURE DE MAGNÉSIUM

---

*Président : P. CARNOT, Professeur.*

---

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

—  
1919



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

6

Année 1919

**THÈSE**

N°

---

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

**Lucien DEMARGNE**

---

DU TRAITEMENT

DE LA

**POLYPOSE RECTO-SIGMOÏDE**

PAR LES

PANSEMENTS LOCAUX AU CHLORURE DE MAGNÉSIUM

---

*Président : P. CARNOT, Professeur.*

---

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

---

1919

# Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER

ASSEESSEUR. POUCHET

PROFESSEURS MM.

|                                                                        |                     |
|------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| Anatomie. . . . .                                                      | NICOLAS             |
| Médecine opératoire. . . . .                                           | PIERRE DUVAL        |
| Physiologie. . . . .                                                   | Ch. RICHET          |
| Physique médicale. . . . .                                             | WEISS               |
| Chimie organique et Chimie générale. . . . .                           | DESGREZ             |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale. . . . .                  | BRUMPT              |
| Pathologie et Thérapeutique générales. . . . .                         | N.                  |
| Bactériologie. . . . .                                                 | BEZANCON            |
| Pathologie interne. . . . .                                            | VAQUEZ              |
| Pathologie chirurgicale. . . . .                                       | GOSSET              |
| Anatomie pathologique. . . . .                                         | LETULLE             |
| Histologie. . . . .                                                    | PRENANT             |
| Médico-Chirurgicale. . . . .                                           | CUNEO               |
| Pharmacologie et matière médicale. . . . .                             | POUCHET             |
| Thérapeutique. . . . .                                                 | CARNOT              |
| Hygiène. . . . .                                                       | BERNARD             |
| Médecine légale. . . . .                                               | BALTHAZARD          |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie. . . . .                    | MENETRIER           |
| Pathologie expérimentale et comparée. . . . .                          | ROGER               |
|                                                                        | WIDAL               |
| Clinique médicale. . . . .                                             | GILBERT             |
|                                                                        | CHAUFFARD           |
|                                                                        | ACHARD              |
|                                                                        | HUTINEL             |
| Maladies des enfants. . . . .                                          |                     |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale. . . . . | DUPRÉ               |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. . . . .               | JEANSELME           |
| Clinique des maladies du système nerveux. . . . .                      | PIERRE MARIE        |
|                                                                        | PIERRE DELBET       |
| Clinique chirurgicale. . . . .                                         | QUENU               |
|                                                                        | LEJARS              |
|                                                                        | HARTMANN            |
| Clinique ophtalmologique. . . . .                                      | DE LAPERSONNE       |
| Clinique des maladies des voies urinaires. . . . .                     | LEGUEU              |
| Clinique d'accouchements. . . . .                                      | BAR                 |
|                                                                        | COUVELAIRE          |
|                                                                        | RIBEMONT-DESSAIGNES |
| Clinique gynécologique. . . . .                                        | J. L. FAURE         |
| Clinique chirurgicale infantile. . . . .                               | AUGUSTE BROCA       |
| Clinique thérapeutique. . . . .                                        | ALBERT ROBIN        |
| Hygiène et clinique de la 1 <sup>re</sup> enfance. . . . .             | MARFAN              |
| Clinique des maladies contagieuses. . . . .                            | TEISSIER            |

## Agrégés en exercice

| MM.       |                   |            |              |
|-----------|-------------------|------------|--------------|
| ALGLAVE   | JEANNIN           | LOEPER     | ROUSSY       |
| BRANCA    | JOUSSET (A.)      | MOCQUOT    | ROUVIERE     |
| CAMUS     | LABBE (HENRI)     | MULON      | SCHWARTZ (A) |
| CASTAIGNE | LAIGNEI-LAVASTINE | NICLOUX    | SICART       |
| CHAMPY    | LANGLOIS          | NOBECOURT  | TANON        |
| CHEVASSU  | LECENE            | OKINCZYC   | TERRIEN      |
| DESMAREST | LEMIERRE          | OMBREDANNE | TIFFENEAU    |
| GOUGEROT  | LENORMANT         | RATHERY    | VILLARET     |
| GREGOIRE  | LEQUEUX           | RETTERER   | ZIMMERN      |
| GUENIOT   | LEREBoullet       | RIBIERRE   |              |
| GUILLAIN  | LERI              | RICHAUD    |              |

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A MES PARENTS

*En témoignage de ma filiale  
reconnaissance.*

A LA MÉMOIRE DE MON CHER FRÈRE

*Tombé pour la France.*

A MA FAMILLE

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE PARIS,  
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE ET DE L'HÔPITAL DE LIMOGES,  
ET EN PARTICULIER

A M. LE DOCTEUR G. RAYMONDAUD  
Directeur de l'École de Médecine de Limoges.

A M. LE DOCTEUR VOUZELLE  
Professeur à l'École de Médecine de Limoges,  
Chirurgien de l'Hôpital.

A M. LE DOCTEUR THOUVENET  
Professeur à l'École de Médecine de Limoges,  
Médecin de l'Hôpital.

A M. LE PROFESSEUR CARNOT

Professeur de Thérapeutique à la Faculté de Médecine de Paris,  
Médecin de l'Hôpital Beaujon.



## PRÉFACE

---

Qu'il nous soit permis de remercier tout particulièrement M. le Professeur Carnot qui a bien voulu nous guider dans le choix de notre thèse.

Nous remplissons aussi un devoir agréable en adressant nos remerciements à M. le Docteur Friedel (médecin-major à l'hôpital 229) qui a bien voulu nous donner des renseignements complémentaires.

Nous contribuons ainsi bien modestement à l'étude du traitement de la polypose recto-sigmoïde par les pansements locaux au chlorure de magnésium.

---



## ÉTUDE CLINIQUE

---

Le polype du rectum est une tumeur bénigne et pédiculée développée sur les parois rectales. Cette affection très fréquente, surtout chez les enfants, a un développement très lent et peut rester longtemps latente.

Une rectorragie avec perte glaireuse assez abondante, voilà toute la symptomatologie. Cette dernière n'acquiert une valeur absolue que lorsque la tumeur peut être vue ou touchée : souvent à la suite d'une selle, le polype vient prendre à l'anus. En pratiquant le toucher rectal, on rencontre dans l'ampoule une petite tumeur ronde, molle, à pédicule. Chez l'adulte, le polype mou ne peut être confondu qu'avec des hémorroïdes. Le diagnostic est en somme facile.

Mais s'il est relativement fréquent de rencontrer dans le rectum et dans l'anse sigmoïde des polypes isolés, il est plus rare de voir des cas de polypose généralisée de l'intestin terminal.

Dans le cas que nous rapportons et que nous avons observé au Centre de gastro-entérologie du Gouvernement militaire de Paris, il s'agit d'une recto-sigmoïdite

ulcéreuse chronique ayant provoqué une prolifération intense de la muqueuse, et une infiltration totale telle que la lumière du rectum fut rétrécie au point de ne plus admettre l'index.

Mais si les recto-sigmoïdites chroniques ulcéreuses sont fréquentes en clinique, la polypose généralisée, comme nous venons de le dire, se voit rarement.

Faut-il invoquer, pour expliquer la production de la polypose, la présence de microbes ou de parasites spéciaux ou une prédisposition particulière du malade? Nous ne pouvons pas répondre à cette question, l'étude bactériologique du milieu étant très difficile, sinon impossible.

L'examen microscopique n'a pas montré de parasites pathogènes : les amibes et les kystes d'amibes ont notamment été recherchés plusieurs fois sans résultat. Un point est certain : pour qu'il y ait polypose, il faut que la muqueuse soit préalablement ulcérée.

Une fois la polypose constituée, elle évolue vers l'ulcération de polypes et leur dégénérescence nécrotique, d'où écoulement de mucus, de sang et de pus. Rapidement le malade s'affaiblit et maigrit.

Le diagnostic avec le cancer est donc très difficile.

Quelle est en effet la symptomatologie du cancer du rectum?

a) Une *hémorragie* qui peut, comme dans le cas que nous exposons, affecter le type de glaires rosées ou striées de sang, dysentériques, enrobant les matières et expulsées par défécations fréquentes avec épreintes et faux besoins. D'ailleurs, dans les cancers mous,

lorsque la surface ulcérée se couvre de bourgeons grisâtres, entre les anfractuosités desquels séjourne un mélange de liquide cancéreux, de pus résultant de la rectite et des matières fécales, c'est une sanie putride, sanguinolente, qui s'écoule, avec des muco-membranes et parfois des eschares muqueuses, fétides, détachées de la masse néoplasique ramollie.

b) Les *douleurs* très variables et qui souvent ne se manifestent que par des sensations de cuisson, des élancements vers le fondement, accompagnant la défécation, la fatigue, la station debout prolongée.

c) *Les troubles de la défécation* consistant en une constipation alternant avec des débacles pseudo-diarrhéiques, résultant de la stagnation même des matières et de la rectite glaireuse ou muco-membraneuse qu'elle provoque.

Ces évacuations, malgré les lavements, restent souvent incomplètes ; et la rectite aidant, les malades tourmentés par de faux besoins, se présentent dix, quinze, vingt fois et plus à la selle : ils n'expulsent le plus souvent, aux prix de vives épreintes, que des glaires fétides et sanguinolentes.

d) Ajoutons à ce tableau clinique, l'amaigrissement, la pâleur jaunâtre et la dénutrition aboutissant à la cachexie.

Comme on le voit, le diagnostic entre la polypose et le cancer du rectum peut devenir très délicat. En effet, dans l'observation que nous rapportons, les symptômes sont identiques à ceux que nous venons de décrire.

Cependant une biopsie permet, comme dans notre cas,

de reconnaître la nature bénigne ou maligne de l'affection. Il faut en effet savoir qu'autour d'un néoplasme ou d'une ulcération tuberculeuse, on peut rencontrer des végétations polypeuses bénignes dont l'examen histologique induirait en erreur.

---

## THÉRAPEUTIQUE

---

Au point de vue thérapeutique, le nettoyage journalier du segment recto-sigmoïdien et les pansements au chlorure de magnésium nous ont donné un résultat thérapeutique vraiment surprenant et la guérison de l'affection.

Nous connaissions déjà l'influence favorable qu'exerce le chlorure de magnésium sur les plaies de guerre. M. Guillaume Louis l'employait à cet effet sous mèches imbibées de la solution au 1 p. 100 et non tassées. A la surface, on applique des compresses trempées de la même solution. Le pansement est renouvelé tous les jours avec les plus grandes précautions aseptiques. Très rapidement, la plaie se nettoie, les agents pathogènes diminuent de nombre, la suppuration reste minime et se tarit.

D'après M. Delbet, le chlorure de magnésium agit dans ces cas en augmentant les moyens de défense de l'organisme par son exaltation phagocytaire.

D'autre part, le magnésium et ses sels ont été très

employés dans le traitement des tumeurs, des verrues et des papillomes.

Dubard donne le carbonate de magnésie à la dose de 8 à 12 grammes par jour après les opérations de cancer. Il croit qu'il y a quelque rapport entre les troubles nerveux et l'origine de la marche du cancer et nous connaissons tous la part importante jouée par le magnésium dans le fonctionnement normal du système nerveux. Le manque de magnésium semble favoriser l'attaque et le développement de la maladie maligne, pendant que l'administration de magnésie sert à restaurer ces pertes et exerce une influence favorable sur les tumeurs, les verrues, papillomes, etc.

Entre 1900 et 1916, Dubard fit 550 opérations de cancer et de 360 malades tenus en observation, 125 c'est-à-dire 34 p. 100, sont connus pour avoir vécu 5 ans au moins depuis l'opération. Les autres sont morts après une survie de 6 ou 7 ans.

Il y a ainsi un total global de 24 p. 100 de survie relativement longue. Par l'administration systématique de carbonate de magnésie pendant des mois, Dubard pense obtenir des résultats favorables dans l'évolution du cancer.

D'ailleurs, A. Robin dans ses communications à l'Académie de médecine en 1913 avait reconnu la présence de la magnésie dans la zone de défense de l'organisme autour des néoplasmes.

Il avait insisté sur l'emploi de la magnésie à l'intérieur qui constitue un des meilleurs traitements de certaines verrues ou formations papillomateuses.

L'action des composés magnésiens sur les verrues, leur action sur les épithéliomas superficiels. leur présence dans les zones de défense contre les néoplasmes avaient incité M. Regnault à prescrire la magnésie hydratée et le silicate de magnésie (20 centigrammes à 25 centigrammes de chaque dans un cachet, deux fois par jour) d'une part dans les cas de papillomes, puis dans les cas d'épithéliomas.

Dans les papillomes et les épithéliomas superficiels, les résultats furent parfaits. Dans les cancers inopérables, les résultats furent encourageants.

On observa un arrêt et même un rétrocessus des lésions, une grande diminution des phénomènes douloureux et une amélioration de l'état général.

Ainsi l'influence favorable qu'exercent les sels de magnésium sur les papillomes était bien établie.

Dans notre cas, nous avons utilisé le chlorure de magnésium soluble dans l'excipient mucilagineux qui nous a servi pour les pansements recto-sigmoïdiens.

Ce sel est bien supporté à la dose de 5 grammes pour 250 grammes d'excipient. Dix grammes, qui avaient été administrés au début du traitement, provoquaient le rejet trop rapide du pansement.

Le résultat thérapeutique remarquable obtenu dans notre cas, par pansement locaux, nous encourage à persévérer dans le traitement systématique local que nous avons l'habitude de faire pour les colites ulcéreuses et ulcéro-végétantes. Au Congrès de Bruxelles, où le traitement des colites était à l'ordre du jour, Guinard a émis l'opinion que le traitement des colites par lave-

ments médicamenteaux, c'est-à-dire de bas en haut, est anti-physiologique.

Cette opinion ne paraît pas exacte, car la physiologie du côlon montre que le mouvement péristaltique s'intervertit et devient antipéristaltique devant un obstacle, pathologique ou volontaire.

Le segment recto-sigmoïdien est une de ces zones.

Lorsque le sujet en expérience résiste à la poussée rectale, un lavement bismuthé de 250 grammes est rejeté rapidement au delà de l'éperon recto-sigmoïdien et jusque dans le cæcum.

Chez deux de nos malades, dysentériques amibiens, nous avons contrôlé le fait par la radioscopie.

Un petit lavement de 50 grammes de bouillie bismuthée introduit à l'extrémité du rectum était rapidement réparti par les mouvements antipéristaltiques, dans tout le gros intestin, et l'opacité du bismuth se constatait très vite jusque dans le cæcum. Tout le côlon est donc accessible au traitement local et on peut porter par la voie rectale le médicament choisi sur l'ensemble de la muqueuse colique.

Il nous paraît nécessaire d'utiliser un liquide supporté par l'intestin, surtout lorsque celui-ci est enflammé et intolérant. Il est bon, d'autre part, de choisir une forme médicamenteuse qui maintienne assez longtemps la substance active au contact de la lésion qu'elle doit influencer, en retardant l'absorption colique. Dans ce but nous nous servons d'un mucilage. La gélose remplit facilement cette indication; en effet, elle est bien tolérée et on peut y incorporer une série de substances

actives : absorbantes (charbon, craie, poudres inertes), désinfectantes (liqueur de labarraque, chloramine), styptiques (tannin, adrénaline), anti-parasitaires (émétine, arsénobenzol).

Les émulsions huileuses, la lanoline rempliraient le même but.

---



## OBSERVATION

---

Le soldat P..., âgé de trente-six ans, cultivateur, a été atteint en Avril 1906, pendant son service actif de recto-colite aiguë caractérisée par des coliques très fortes et de nombreuses « dix selles » diarrhéiques. Ces selles ne sont devenues sanglantes qu'au bout d'une dizaine de jours. Un ténésme très pénible a accompagné l'apparition du sang.

Le repos, le régime lacto-farineux, un traitement au benzonaphtol ont amélioré cette recto-colite, qui a mis néanmoins six mois à guérir à peu près complètement.

De 1906 à 1910, le soldat P..., se portait bien et avait des fonctions intestinales régulières sans suivre aucun régime.

En Décembre 1910, après un refroidissement et une fatigue, nouvelle crise de recto-colite aiguë avec vingt à trente selles cette fois, et muco-sanglantes.

Traités par un régime ovo-lacto-farineux, du benzo-naphtol et l'opium, les phénomènes cédèrent à nouveau au bout de trois mois. Mais à partir de cette époque, le soldat P... évacuait trois à quatre selles pâteuses par jour, tout en se portant bien pour le reste.

P... fut mobilisé en Août 1914, et évacué en Janvier 1915 pour « entérite suspecte » : coliques, selles nombreuses muco-sanglantes et fièvre. Deux injections de sérum anti-dysentérique furent faites sans résultat appréciable et le malade

trainait au dépôt, ayant toujours cinq à six selles par jour avec, de temps à autre, du mucus sanguinolent.

Rechute en Septembre 1915 et traitement à l'hôpital de Saint-Yrieix, pendant trois mois, par des lavages au nitrate d'argent et par l'acide lactique en potion.

En Décembre 1915, il persistait toujours une recto-colite avec quatre selles muqueuses et mousseuses par jour, et P..., fut déclaré inapte à faire campagne en raison de sa colite et de son mauvais état général. A noter qu'à chaque crise, P..., maigrissait notablement et perdait 10 à 15 kilos.

Nouvelle poussée de colite en Juin 1916, et hospitalisation à Périgueux.

Après examen on constate :

Homme amaigri, avec bon appétit et bonnes digestions. Douleur abdominale en barre, quatre selles pâteuses avec mucus et mousse, sans sang. Brûlure à l'anus avec faux besoins. Abdomen souple, Foie normal.

Examen rectoscopique : muqueuse rectale rouge, enflammée, avec nombreuses ulcérations arrondies, à bord net; prolifération polypoïde de la muqueuse avec petits polypes du volume d'un grain de mil à celui d'un petit pois, sessiles ou pédiculés, saignant facilement.

Traité par les lavements au nitrate d'argent.

Passé au rectoscope en Août 1916 (un mois après son entrée) : persistance des lésions ulcéreuses et des polypes, sans changement,

Réformé temporairement pour entéro-colite chronique avec état polypeux de la muqueuse intestinale sur toute l'étendue accessible au rectoscope.

Reversé service armé après quatre mois (en Janvier 1917), mais maintenu à l'intérieur en usine de guerre.

P..., avait à cette époque toujours deux à trois selles muco-sanglantes par jour avec un assez bon état général.

*Rechute en Juillet 1918* : les selles augmentent en nombre malgré le traitement et le régime. Les coliques sont

très violentes et P..., a une vingtaine d'évacuations alvines muco-sanglantes par jour.

Pas de vomissements, pas de douleurs gastriques.

Hospitalisé au Centre de gastro-entérologie à l'hôpital du Panthéon, le 30 août 1918.

Examen à l'entrée : homme amaigri (51 kilos; taille : 1 m. 64) et affaibli, en très mauvais état général.

Langue sale et sèche. Abdomen un peu globuleux, météorisé, particulièrement le long du côlon ascendant, qui paraît distendu par les gaz. Pas de douleur à la pression à ce niveau. Foie normal. Rien au cœur, ni aux poumons. Pas de fièvre.

*Toucher rectal : 31 Août.* — A bout de doigt, on sent une masse irrégulièrement bosselée, assez résistante. Au milieu de cette masse, le doigt pénètre dans un anneau rétréci à bord mince et très légèrement élastique. L'index ne peut pas pénétrer au-dessus de ce rétrécissement. On retire le doigt recouvert de sang et de muco-pus.

*Rectoscopie.* — En position gènu-pectorale. Tube de 20 millimètres. Pénétration anale facile. A 6 centimètres, on voit le rétrécissement dont le bord antérieur est recouvert de végétations polypeuses, saignant au contact du tube.

Un liquide sanieux s'écoule de l'orifice du rétrécissement.

*Diagnostic.* — Rétrécissement annulaire à 6 centimètres de l'anus; végétations polypeuses sur le bord antérieur du rétrécissement. Est-ce une tumeur néoplasique ou un rétrécissement au-dessus duquel siègent des lésions ulcéro-végétantes? L'absence de dureté caractéristique des végétations et le léger degré d'élasticité de l'anneau rétréci nous font pencher vers ce diagnostic, malgré le très mauvais état général du malade.

*3 Septembre.* — Selle très liquide, sanglante.

Examen microscopique : nombreuses hématies et leucocytes. Pas de cellules néoplasiques.

*Traitement :* Lavages biquotidiens du rectum avec eau additionnée de liqueur de Labarraque (30 p. 1000) par l'in-

terminé d'une sonde de 10 millimètres en caoutchouc rouge, pointue, qu'on pousse au-dessus du rétrécissement. Le liquide ramène des matières fécales, du sang et du mucus. Ces lavages soulagent beaucoup le malade, le nombre des selles diminue, l'appétit revient.

7 Septembre. — Examen rectoscopique fait avec un petit tube (12 millimètres). Le tube passe au-dessus du rétrécissement, mais on ne voit rien à cause des matières liquides qui recouvrent la paroi. On continue les lavages.

12 Septembre. — L'examen des mucosités donne un résultat négatif au point de vue amibes ou kystes amibiens.

24 Septembre. — Une biopsie est faite. L'examen histologique ne révèle pas de tissu néoplasique sur le morceau prélevé.

A partir de ce moment, on fait au malade, tous les jours, après un lavage à l'eau bouillie, un pansement ainsi préparé :

Mucilage (Agar-Agar) épais comme du sirop, additionné de 40 grammes de chlorure de magnésium : 250 centimètres cubes environ sont portés avec la sonde et la seringue de Guyon au-dessus du rétrécissement. Ces pansements sont bien tolérés et gardés par le malade pendant un temps qui va en augmentant (deux, six, dix heures). Très rapidement la santé du malade s'améliore, tant au point de vue général qu'au point de vue local.

Au point de vue général : le malade, qui est au grand régime, digère bien, a un bon sommeil, engraisse rapidement et sent revenir les forces.

Au point de vue local : une rectoscopie, faite le 11 Octobre, permet de franchir le rétrécissement avec le tube de 20 millimètres. La muqueuse est recouverte de nombreux polypes sessiles, de volume allant de la grosseur d'un petit pois à celle d'une noisette.

Pas d'ulcérations. La paroi est encore infiltrée et comme cartonnée.

25 Octobre. — Rectoscopie. Amélioration sensible; l'examen rectoscopique devient plus facile.

8 Novembre. — Rectoscopie. Amélioration.

23 Novembre. — Très grande amélioration. Le rétrécissement a disparu complètement. Sur la muqueuse congestionnée, on ne note que de petits polypes. *Le tube rectal se dilate à l'insufflation.*

14 Janvier. — L'état général du malade est excellent. Il a engraisé de 10 kilos. Deux selles pâteuses épaisses. Ni amibes, ni kystes amibiens. Très petits kystes de flagellés présumés non pathogènes.

Rectoscopie : pénétration jusqu'à 16 millimètres.

La muqueuse est devenue souple, a repris sa couleur blanc rosé sur laquelle tranchent de nombreux petits polypes de couleur rouge foncé, sessiles, gros comme un petit pois. Le malade est envoyé en convalescence et revu le 28 Février.

Rectoscopie : introduction du tube (25 millimètres) facile. L'intestin a une souplesse à peu près normale. Sur la muqueuse, on constate encore un assez grand nombre de petits polypes, disséminés, du volume d'un grain de mil, sessiles ou à large pédicule.

Poids : 61 kg. 500.

Le malade a quitté l'hôpital, a été démobilisé et continue son traitement avec une dose de chlorure de magnésium réduite (5 grammes). Les résultats obtenus nous font admettre une guérison presque complète.

L'état général du sujet, préalablement lamentable et qui faisait penser au développement d'un néoplasme rectal, est devenu excellent.

L'état local s'est transformé, à tel point qu'il n'y a plus de virole polypeuse, plus de rétrécissement au toucher, plus d'obstacle à l'évacuation. Les seuls vestiges de la polypose sont quelques polypes de très petite taille, non encore résorbés complètement.



## CONCLUSIONS

---

La polypose généralisée de l'intestin terminal est donc, contrairement aux polypes isolés du rectum, une affection très rare et d'un diagnostic fort difficile.

Dans le cas que nous rapportons, la symptomatologie et surtout l'état général du sujet, vraiment lamentable, avaient fait penser au développement d'un néoplasme rectal. La biopsie seule nous avait permis de reconnaître la nature bénigne de l'affection.

On comprend donc tout l'intérêt qu'il y a pour le médecin à faire ce diagnostic, car si le néoplasme relève d'une intervention chirurgicale, la polypose peut être guérie simplement par des pansements au chlorure de magnésium.

En effet, dans le cas grave de polypose recto-sigmoïdienne avec rétrécissement que nous rapportons, la gélose magnésienne (5 grammes de chlorure de magné-

sium pour 250 grammes d'excipient mucilagineux) nous a donné un résultat thérapeutique inespéré et la guérison de l'affection.

Vu : le Président,  
P. CARNOT

Vu : le Doyen,  
H. ROGER

Vu et permis d'imprimer :  
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,  
L. POINCARÉ

## BIBLIOGRAPHIE

---

1913

- A. ROBIN. — Présence de la magnésie dans la zone de défense de l'organisme autour des néoplasmes. (*Bulletin de l'Académie de médecine*).

1915

FURNIVALL (P.). — 3 cas de polypes multiples du rectum et du gros intestin. (*Proceeding Royal Soc. medical London*, année 1913-1914, vol. 7, p. 245).

HERTZ (A.-F.). — 4 cas de polypes du rectum observés dans la même famille. (*Proceeding Royal Soc. medical London*, année 1913-1914, vol. 7, p. 245).

1916

COOK ET DELBET. — *Maladies du rectum*.

MARCHAK. — Traitement des plaies de guerre par le chlorure de magnésium. (*Presse médicale*, 5 Novembre 1916).

1917

- GUILLAUME Louis. — Traitement des plaies de guerre par le chlorure de magnésium. (*Presse médicale*, 8 Mars 1917).  
MADIER. — Plaies de guerre traitées par la solution de chlorure de magnésium. (*Presse médicale*, 3 Mai 1917).

1918

- DUBARD. — Magnesium and cancer (*Journal medical Association*, 1918, p. 1799).  
— (*Bulletin de l'Académie de Médecine de Paris*, 9 Avril 1918, 79, n° 14, p. 295).  
SOPER. — Magnesium sulfate solutions in the treatment of spastic contractures of the rectum and sigmoid colon. (*Tr. am. gastro Enterol. Ass. St.-Louis*, 1917, p. 87-98).  
— (Septembre 1918, *Ibid.*, *AM. JM. Sc. Phila.*, p. 205 214).  
YEORMANS. (F.-C.). — Ademyoma of the rectum. (*Interstate M.-J. St-Louis*, 1918, XXV, p. 42-45).  
DRUECK (C.-J.). — Benign tumors of the anus and rectum. (*Chicago M. Recorder*, 1918, XL, p. 423-435).  
REGNAULT. — La magnésie et ses sels dans le traitement du cancer. (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 9 Juillet 1918, p. 29).

1919

- CARNOT, FRIEDEL ET FROUSSARD. — Du traitement de la polypose recto-sigmoïde par le chlorure de magnésium (*Paris médical*, 21 Juin 1919).



